

Anmeldung für HIV und Infektiologie-Sprechstunde

Zuweisender Arzt:

| | |
|--|--|
| Name/Vorname Adresse Tel. Nr. Email-Adresse | |
|--|--|

Personalien des Patienten/der Patientin:

| | |
|---|--|
| Name/Vorname Geb.-Datum Adresse Tel. Nr. Privat Geschäft Natel | HMO-versichert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
|---|--|

Überweisungsgrund:

| | |
|-----------------------------|--|
| Fragestellung | |
| Diagnosen | |
| Medikamente | |
| Dringlichkeit zum Aufbieten | <input type="checkbox"/> innert 1 Woche <input type="checkbox"/> innert 2 Wochen <input type="checkbox"/> innert 1 Monat |
| Besondere Bemerkungen | |

Bitte Unterlagen per Fax/Post mitschicken